

# EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PATOLOGÍA DUAL

## **AUTORES:**

Laura Pérez Buenaventura  
Ana Carralero Montero  
Tamara Castro Cerceda  
Natalia Fariñas Valiña  
Ana Belén Martí Merlo  
María Eugenia Simón Navarrete

## INTRODUCCIÓN:

Cada vez es mayor el número de servicios de salud mental que tienen que desarrollar intervenciones integradas en personas afectadas por un trastorno mental más un trastorno por abuso de sustancias.

Estos pacientes “duals” son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social y constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo entre dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental. El personal de enfermería constituye un grupo de contacto muy estrecho con estos pacientes, de ahí que dispongan de una situación privilegiada para detectar el uso de drogas y motivar para que acudan a tratamiento.

## OBJETIVOS:

Afianzar los conocimientos de los profesionales sobre la patología dual, aumentando las habilidades para el abordaje de estos pacientes, así como su seguridad y confianza, mejorando la calidad de los cuidados prestados.

## DESARROLLO:

### **CONCEPTO DE PATOLOGÍA DUAL**

Se denomina “patología dual” a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

“Diagnóstico dual” o “Patología dual” no constituyen términos reconocidos oficialmente en la nomenclatura del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades); sin embargo, se han convertido en sinónimo de un tipo específico de coexistencia o comorbilidad diagnóstica: presencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancias tóxicas.

Otro concepto es el de asociación cruzada, en la medida en que supone el reconocimiento de una interacción que trasciende la observación puntual y que vincula el curso de uno de los ejes diagnósticos al del otro eje.

El concepto de “dualidad” es muy heterogéneo y define todas las variaciones posibles de dependencia y de desórdenes psiquiátricos, así como sus combinaciones.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

En los pacientes psiquiátricos existe una probabilidad entre 25-50% de presentar un trastorno comórbido relacionado con el uso de sustancias. También se estima una probabilidad del 80% de pacientes que son drogodependientes que presentan simultáneamente otro diagnóstico psiquiátrico.

## **HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS**

Varias son las hipótesis etiopatogénicas que pueden ayudarnos a explicar el fenómeno de la patología dual:

### Modelo de consumo de sustancias secundario a una alteración psiquiátrica: Hipótesis de la automedicación.

Las drogas de uso habitual se utilizarían como mecanismo de mejora o de adaptación a los síntomas de adaptación mental o a los efectos secundarios y efectos extrapiramidales de los psicofármacos. Esta mejoría actúa como refuerzo negativo que perpetúa el consumo.

### Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias.

Los cambios neuroadaptativos que se producen en la persona por la administración continuada de sustancias tóxicas inducirían el trastorno mental. El abuso o dependencia de sustancias pueden propiciar la aparición de síntomas asociados con prácticamente cualquier trastorno mental, que podrán remitir o persistir después de la abstinencia. También puede darse el caso de que el consumo precipite una recaída o empeoramiento de los síntomas de la enfermedad.

### Modelo de independencia.

Los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias podrían coexistir como fenómenos totalmente independientes.

### Modelo de factores comunes de vulnerabilidad.

Existirían factores comunes de vulnerabilidad en la patogénesis del trastorno mental y del trastorno por abuso de sustancias, con componentes genéticos, ambientales, neurobiológicos o de otro tipo similares en ambos trastornos.

### Modelo bidireccional.

Se basa en que cada uno de los trastornos podría incrementar la vulnerabilidad del otro.

### Modelo de socialización.

El uso de tóxicos sería un fenómeno socializador que proporcionaría un rol social, un grupo y una identidad más aceptable.

Estas hipótesis no son excluyentes entre sí, y determinados subgrupos pueden ajustarse preferentemente a algunas de ellas más que a otras.

## **MODELOS DE TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL**

Se han definido distintos modelos conceptuales en el tratamiento de la patología dual: el modelo secuencial o en paralelo y el modelo integrado. En el modelo secuencial se ofrece al paciente tratamiento primero en un dispositivo (de salud mental o de atención a

drogodependientes) y posteriormente en otro, y en el modelo en paralelo el paciente recibe tratamiento simultáneo de las dos patologías, en dispositivos separados, por equipos diferentes. Entre los inconvenientes que tienen estos dos modelos nos encontramos que los profesionales de los dos dispositivos (generalmente pertenecientes a redes asistenciales diferentes) suelen adherirse a modelos psicopatológicos distintos creando, con frecuencia en el paciente, confusión con respecto a las indicaciones terapéuticas a seguir. Esto, unido a las dificultades de coordinación entre los dos equipos, puede favorecer una baja implicación de los pacientes en el tratamiento, con un consiguiente bajo índice de retención. En el modelo integrado el abordaje terapéutico del trastorno mental y del trastorno adictivo son simultáneos y se realizan por el mismo equipo terapéutico. Con este modelo se soslayan los inconvenientes encontrados en los dos anteriores al existir una coordinación más estrecha entre los distintos profesionales que trabajan en un mismo caso. Dicho modelo permite una intervención precoz y coordinada en caso de reagudización de ambas patologías y evita las dilaciones, interacciones negativas y pérdidas por problemas burocráticos que casi siempre conlleva el tratamiento realizado por diferentes equipos. La literatura científica sustenta que el modelo de tratamiento integral es más eficaz, ya que parece aumentar la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuye las hospitalizaciones y reduce los problemas legales y sociales de estos pacientes.

## **DIFICULTADES DE ABORDAJE/TRATAMIENTO**

Este tipo de pacientes presentan numerosas dificultades clínicas que dificultan el manejo, el tratamiento y ensombrecen el pronóstico:

- Mayor tasa de recaídas, en la dependencia y en el trastorno psiquiátrico, con el consiguiente aumento del número de ingresos.
- Las estancias hospitalarias son más prolongadas de lo habitual.
- Pobre adhesión al tratamiento.
- Mayor incidencia de conductas violentas y criminales.
- Aumento del comportamiento suicida.
- Dificultades diagnósticas y terapéuticas, por enmascaramiento y atipicidad de los síntomas.
- Más conductas de riesgo e infecciones asociadas, como VIH, VHC, ETS,...
- Pérdida de las relaciones familiares y sociales.
- Mayor tasa de desempleo y marginación.

## **CASO CLÍNICO**

### **RESUMEN DEL CASO**

Paciente varón de 37 años, que ingresa en la unidad de hospitalización breve por crisis convulsivas y consumo de alcohol.

Refiere consumo diario de 7 litros de alcohol -cerveza- y episodio de crisis convulsiva (en probable relación con disminución de la ingesta alcohólica), tras haber realizado el último consumo de 2 litros de cerveza a las 20 horas del día anterior. Último consumo de heroína -una micra- y de cocaína base -una micra- a las 18 horas del día anterior. Desde entonces, parece que tuvo que ser atendido por una crisis comicial, a raíz de este episodio decide dejar de beber, argumentando que no es vida la suya, que está todo el día bebiendo y que no quiere que sus sobrinas le vean así. Presenta sentimientos de inutilidad, pensamientos reiterativos centrados en la muerte de su hermana y su padre. La madre refiere que ve mal a su hijo, "está todo el rato amenazando con que va a hacer algo, que se va a quitar la vida". Según ésta, parece que está presentando crisis comiciales a diario y ha tenido varios episodios febriles.

## ANTECEDENTES PERSONALES

### SOMÁTICOS:

- NAMC
- VIH (+) desde el año 1996, con carga viral indetectable.
- VHC
- VHB
- Tráfico hace 7 años.
- Intervenciones quirúrgicas: cornada por asta de toro. Meniscopatía bilateral.

### PSIQUIÁTRICOS:

- Inicia consumo de tabaco, alcohol y cannabis a los 14 años; a los 15 años prueba el LSD; a los 17 años inicia consumo de cocaína inhalada; a los 19 años inicia consumo de heroína fumada y posteriormente pasa a la vía endovenosa junto con el consumo de cocaína por la misma vía; a los 23 años inicia consumo de alprazolam.
- Ha estado 6 años en prisión, donde inicia el primer tratamiento de desintoxicación y deshabituación con un periodo de abstinencia a heroína y cocaína de 6 años, según refiere sin haber realizado en ninguna ocasión tratamiento sustitutivo con metadona. En el año 2004, inicia un segundo tratamiento de deshabituación a heroína y cocaína mediante ingreso en una comunidad terapéutica durante 6 meses, manteniendo una abstinencia posterior al alta de 4 meses.
- A los 29 años inicia consumo de alcohol a diario y en dosis crecientes hasta 7 litros de cerveza -bebida principal- al día; describe un patrón de ingesta alcohólica compulsiva. Refiere consumo de alcohol desde primera hora de la mañana, con síntomas de abstinencia en forma de temblor matutino, sudoración y pituitas.
- Refiere un ingreso en la UHB de Albacete en relación con un episodio psicótico secundario a consumo de cocaína consistente en alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución centradas en su familia de origen.
- Refiere un gesto autolítico mediante defenestración hace 4 meses, en el que fue rescatado por la policía e ingresado en el hospital del Henares.
- En seguimiento en el CSM de Torrejón de Ardoz. El paciente ha rechazado en reiteradas ocasiones el tratamiento específico en el CAID.

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre fallecido por Ca de hígado.
- Dos hermanas fallecidas por VIH (una de ellas en enero de 2005).

### DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

- Dependencia a alcohol, a cocaína y a heroína.
- Síndrome de abstinencia alcohólica.
- Crisis comiciales de repetición a estudio.
- Episodio depresivo moderado.

### OBJETIVOS DE INGRESO:

- Tratamiento de desintoxicación
- Contención y tratamiento de sintomatología depresiva e ideas autolíticas.
- Estudio de crisis comiciales.

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

## **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD**

Adecuada conciencia de enfermedad, con buen seguimiento y cumplimiento terapéutico en el CSM. Ha rechazado en reiteradas ocasiones el tratamiento específico en el CAID.

Tratamiento actual:

- Trileptal 600 mg 1-1-1.
- Neurontín 400 mg 1-1-1.
- Tranxilium 50 mg 1-1-1.
- Deprax 50 mg 0-0-1 y 1/2.
- Noctamid 2 mg 0-0-1.
- Risperdal Consta 37,5 mg 1 amp cada 14 días.

Fumador, consumidor de alcohol, cocaína y heroína por vía inhalada y endovenosa.

### **PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO**

Ingesta hídrica escasa, no consume bebidas excitantes ni gaseosas. Realiza tres comidas al día de cantidad insuficiente en relación a sus necesidades nutricionales. Hiporexia con pérdida de 10 kg en tres meses.

Piel y mucosas normocoloreadas, presenta una quemadura de primer grado en el segundo dedo de la mano derecha.

Reflejo de deglución conservado. No refiere sintomatología digestiva. Dificultad para masticar debido a la falta de varias piezas dentales.

### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

Frecuencia normal de eliminación vesical, características normales de la orina; no presenta síntomas de ITU; no emplea diuréticos.

Eliminación intestinal cada dos días; no uso de laxantes.

Eliminación cutánea normal.

### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**

Sin alteraciones en la higiene ni en el vestido.

Expresión facial triste, mantiene contacto ocular durante la comunicación verbal. Tono de voz bajo. Equilibrio estable, no alteraciones en la marcha. Comportamiento motor adecuado al contexto. Temblor fino en ambas manos.

Independiente en las ABVD.

En la actualidad lleva una vida sedentaria, no realiza actividades de ocio o tiempo libre.

### **PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO**

Patrón de sueño habitual de 8 horas diarias, sin sensación de buen descanso. Presenta dificultades para conciliar el sueño y mantenerlo. Precisa tratamiento hipnótico. No tendencia a la clinofilia. No conoce hábitos de higiene del sueño.

### **PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO**

Consciente y orientado en las tres esferas en el momento de la entrevista, abordable y colaborador. Atención mantenida.

Actitud adecuada respecto al entorno.

Normoproséxico con fallos amnésicos importantes. Lenguaje escaso y coherente, con un tono de voz bajo y monótono.

Curso del pensamiento enlentecido, forma organizada. Ideas de muerte junto con planificación suicida.

No se objetivan síntomas de la esfera psicótica ni alteraciones sensorio-perceptivas. Reconoce alucinaciones auditivas hace 5 años.

Enlentecimiento psicomotriz.

### **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN**

Mirada triste, expresa sentimientos de muy baja autoestima.

Percepción de la imagen corporal ajustada a la realidad. Se muestra indiferente por su aspecto físico.

Refiere ideas de futuro positivas de abandono de tóxicos, aunque poco estructuradas.

### **PATRÓN 8: ROL-RELACIONES**

Es el pequeño de cinco hermanos. Actualmente vive con su madre y dos sobrinas, ya que su hermana falleció hace 5 años y su padre un año posterior a la muerte de ésta por Ca de hígado.

Actualmente cobra una PNC por enfermedad somática. Ha trabajado repartiendo prensa, en la construcción, hostelería y como conductor de maquinaria pesada.

Estuvo en prisión desde el año 1996 hasta el año 2002 por atraco a un banco.

Sentimientos de preocupación dentro de la dinámica familiar.

Escasa red social, no participa en actividades sociales ni culturales.

### **PATRÓN 9: SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN**

No identifica problemas en este ámbito.

No utiliza métodos anticonceptivos.

### **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Refiere estado de ansiedad ocasional, actuando como desencadenante los periodos de abstinencia. Percepción bajo del control de crisis, con moderado grado de incapacitación.

Abuso de tóxicos e intento de suicidio como respuestas desadaptativas.

Antecedentes de heteroagresividad.

### **PATRÓN 11: VALORES CREENCIAS**

Sin aspectos destacables.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

**0002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO, manifestado por pérdida de peso por ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Relacionado con abuso de sustancias tóxicas.**

NOC:

- 1628 Conducta de mantenimiento de peso.

NIC:

- **1100 Manejo de la nutrición:**

Determinar el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y al estilo de vida.

Pesar al paciente a intervalos adecuados

- **5246 Asesoramiento nutricional:**

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

Facilitar la identificación de conductas alimentarias que deseen cambiarse.

Proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud.

**00095 INSOMNIO, manifestado por dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo. Relacionado con abuso/dependencia de sustancias tóxicas.**

NOC:

- 0004 Sueño

NIC:

- **1850 Mejorar el sueño:**

Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.  
Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño.  
Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.  
Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.

- **2380 Manejo de la medicación:**

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica.  
Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.  
Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.  
Explicar al paciente la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

**00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, manifestado por realización de actividades improductivas. Relacionado con falta de interés, disminución de estímulos y desconocimiento de recursos.**

NOC:

- 1604 Participación en actividades de ocio
- 1209 Motivación

NIC:

- **5100 Potenciación de la socialización:**

Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas  
Animar al paciente a desarrollar relaciones.  
Fomentar las actividades sociales y comunitarias.  
Responder de forma positiva cuando el paciente establezca contacto con los demás.  
Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

- **5360 Terapia de entretenimiento:**

Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.  
Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.  
Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.  
Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.  
Supervisar las sesiones recreativas.

**00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL, manifestado por expresiones verbales de autoevaluación negativa, de desesperanza e inutilidad. Relacionado con deterioro funcional.**

NOC:

- 1205 Autoestima
- 1204 Equilibrio emocional

NIC:

- **5400 Potenciación de la autoestima:**

Animar al paciente a identificar sus virtudes.  
Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.  
Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.  
Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.  
Animar al paciente a evaluar su propia conducta.  
Reforzar positivamente el progreso del paciente en la consecución de objetivos.  
Facilitar un ambiente y unas actividades que aumenten la autoestima.

- **5270 Apoyo emocional:**

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza.  
Animar al paciente a expresar sentimientos.

Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

**00150 RIESGO DE SUICIDIO, relacionado con presencia de ideación suicida e historia de intento de suicidio.**

NOC:

- 1408 Autocontención del suicidio

NIC:

- **6340 Prevención del suicidio:**

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.

Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.

Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector).

- **6487 Control ambiental: prevención de la violencia:**

Retirar cualquier objeto que pudiera ser potencialmente peligroso, controlando de forma sistemática el ambiente para mantenerlo fuera de peligro.

Instruir a las visitas del paciente sobre temas relacionados con la seguridad.

Vigilar/supervisar durante el afeitado y en todos los momentos en los que utiliza objetos cortantes o afilados.

**00146 ANSIEDAD manifestado por nerviosismo e inquietud. Relacionado con abuso/dependencia de sustancias tóxicas.**

NOC:

- 1402 Autocontrol de la ansiedad

NIC:

- **5820 Disminución de la ansiedad:**

Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Instruir sobre técnicas de relajación.

Administrar los medicamentos prescritos encaminados a la reducción de la ansiedad.

- **6040 Terapia de relajación simple:**

Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.

Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.

Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.

Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

**0099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD, manifestado por abuso/dependencia de sustancias tóxicas y falta demostrada de conocimientos y habilidades para el mantenimiento de conductas saludables. Relacionado con dificultad para mantener un estilo de vida saludable.**

NOC:

- 1603 Conducta de búsqueda de la salud.
- 1812 Conocimiento: control del consumo de sustancias.

NIC:

- **4420 Acuerdo con el paciente:**

Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.

Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.

Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa lo suficientemente importante como para mantener la conducta.

Explorar con el paciente las razones de éxito o la falta de este.

- **5230 Aumentar el afrontamiento:**

Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

- **4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas:**

Determinar el historial de consumo de sustancias tóxicas.

Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias tóxicas en el estado físico y psíquico o en la salud general.

Discutir con el paciente el efecto de las asociaciones con otros consumidores.

Ayudar al paciente a seleccionar una actividad alternativa que sea incompatible con las sustancias consumidas.

Ayudarle a aprender métodos alternativos para enfrentarse al estrés o distrés emocional.

- **4480 Facilitar la autorresponsabilidad:**

Considerar responsable al paciente sus propias conductas.

Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.

Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o cambio de conducta.

- **5440 Aumentar los sistemas de apoyo:**

Determinar el grado de apoyo familiar.

Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

Implicar a la familia en los cuidados y la planificación.

## RESULTADOS

Se realizó una valoración del proceso al alta, tras 7 días de ingreso, según los criterios de resultados (NOC) propuestos. En dicha valoración se encontraron las siguientes conclusiones:

- El paciente, durante el ingreso, mantiene una ingesta calórica diaria óptima y el patrón de comidas recomendado.
- Durante los primeros días de ingreso, a pesar de la administración de medicación hipnótica, destaca un patrón de sueño con despertar precoz. Posteriormente buen descanso nocturno.
- Buena adaptación a las normas de la unidad y capacidad para establecer relaciones de colaboración con el resto de pacientes. Participa de un modo activo en las actividades de terapia ocupacional y en las salidas terapéuticas.
- Al alta eutímico, sin ideación autolítica.
- El paciente no ha presentado signos ni síntomas de abstinencia. No expresó deseos de consumo. En la unidad, se mostró tranquilo, adecuado conductualmente y colaborador, sin picos de ansiedad.
- No ha presentado crisis comiciales.

- Destaca en ocasiones lo contradictorio del discurso del paciente que hace difícil establecer la motivación para abandonar el consumo.
- Continúa rechazando el tratamiento específico en el CAID, acepta el seguimiento en su CSM de referencia.

#### CONCLUSIONES:

El consumo de tóxicos afecta a todas las áreas de intervención enfermera en el paciente con enfermedad mental. Esto requiere por parte de los profesionales la adaptación del plan de cuidados a las necesidades específicas del paciente con patología dual.

En el caso clínico que presentamos, los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados, están claramente condicionados por el consumo de sustancias; sin embargo es desde la "dualidad" de donde deben partir los cuidados enfermeros, entendiendo al individuo desde una perspectiva holística y considerando su patología como algo más que la simple adición de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Ortiz de Zárate, A. et al. Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Volumen 1. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Fornés, J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones 2008; 20: 315-320.
- Usieto, E.G., Pernia, M.C., Pascual, C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. Rehabilitación psicosocial 2006; 3(1):26-32.
- Johnson, M. et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier, 2007.
- Martínez Ruiz, M., Rubio Valladolid, G. Manual de drogadependencias para enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
- [www.patologiadual.com](http://www.patologiadual.com)